

ответственно актуальной является ранняя диагностика заболевания, что может оказать влияние на показатели смертности.

Цель

Определить иммуногистохимическую характеристику различных форм и степеней рака молочной железы.

Задачи

1. Изучить возрастную структуру пациенток с РМЖ, размер и локализацию опухоли.
2. Выявить частоту встречаемости различных гистологических форм рака молочной железы.
3. Определить процентное соотношение опухолей имеющих положительные результаты анализов определения рецепторов опухоли к эстрогену и прогестерону, эпителиальных факторов роста Ki 67 и Her-2 neu.
4. Оценить степень злокачественности рака молочной железы, степень местного и регионарного распространения и изучить их иммуногистохимическую характеристику.

Материалы и методы исследования

Проведено клинико-морфологическое исследование 198 удаленных молочных желез от женщин, оперированных по поводу рака молочной железы в УЗ «МГКОД» с сентября по декабрь 2012 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток колебался от 29 до 86 лет, наиболее часто РМЖ наблюдался в возрасте от 55 до 59 лет. Мультифокальный рост опухоли был выявлен в 4,5 % случаев. Чаще опухоль локализовалась в левой молочной железе — 52,5 %, а в правой молочной железе в 47,5 % случаев.

Выводы

1. Средний возраст пациенток составил $60 \pm 12,4$ лет.
2. У 78 (39,4 %) пациенток опухолевый процесс локализовался в верхне-наружном квадранте.
3. Средний диаметр опухоли в группе от 15 до 49 лет составил $22,9 \pm 9,5$ мм, в группе от 50 и более лет — $21,8 \pm 11,45$.
4. Инфильтрирующая протоковая карцинома составила 75,8 %, другими формами были: инфильтрирующая дольковая карцинома — 13,1 %, тубулярный рак — 4 %, медуллярный — 4 %, слизистый — 3 %.
5. Рецепторы к эстрогенам выявлялись в 116 (58,6 %) случаев, прогестерону в 121 (61,1%). HER-2/neu положительные в 54 (27,3 %), Ki67 положительные в 20 (10 %) случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Путьрский, Л. А. Рак молочной железы: монография / Л. А. Путьрский. — Минск: Выш. шк., 1998. — 95 с.
2. Берштейн, Л. М. [и др.] // Вопросы онкологии. — 2003. — Т. 49, № 6. — С. 716–724.
3. О связи между рецепторами эстрогена и клинико-морфологической характеристикой первичного рака молочной железы / В. В. Вишнякова [и др.] // Арх. пат. — 1981. — Вып. 7. — С. 20–23.

УДК 616.133:616.831-005

ИЗУЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВотоКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Каплан М. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Н. Бонцевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Роль патологической извитости внутренних сонных артерий в развитии острых нарушений мозгового кровообращения представляет большой интерес. Нерешенным остается вопрос о целесообразности хирургического лечения пациентов с патологической извитостью сонных артерий на фоне хронического течения сосудистой мозговой недостаточности (СМН) [1]. Изучение церебрального кровотока позволяет оценить выраженность гемодинамических нарушений, а редукция тока крови по средней мозговой артерии (СМА) может рассматриваться как объективный критерий при определении показаний к хирургическому лечению у данной группы пациентов [2, 3].

Цель

Изучить возможности транскраниальной доплерографии (ТКД) в диагностике нарушений церебрального кровотока при патологической извитости внутренних сонных артерий.

Материалы и методы исследования

В рамках предоперационного обследования пациентов с патологической извитостью внутренних сонных артерий произведена ТКД 47 пациентам через «темпоральное окно» на аппарате ST3/PMD150 с проведением функциональных проб (максимально возможные повороты головы в стороны, наклоны вправо-влево, вперед-назад с удерживанием головы в каждом положении в течение 20 с). Установка и фиксация датчиков осуществлялась с помощью шлема Marc 1500. Положительной считалась проба, при выполнении которой скорость кровотока по СМА уменьшалась на 20% и более.

Результаты исследования

В 14 из 47 случаев (31,1 %) не удалось получить данных о кровотоке по СМА (отсутствие «темпорального окна»), что, по-видимому, связано с толщиной височной кости. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа асимптомного и хронического течения СМН (21 пациент), 2-я группа пациентов с наличием в анамнезе эпизода очагового неврологического дефицита (12 пациентов). Полученные результаты Me (Q1; Q3) представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Параметры кровотока по средней мозговой артерии у пациентов с патологической извитостью внутренних сонных артерий

Параметр	1-я группа (n = 21)	2-я группа (n = 12)
Глубина СМА, мм	54 (52; 56)	55 (53; 58)
Скорость по СМА на стороне патологической извитости, м/с	0,92 (0,91; 0,99)	0,85 (0,74; 0,95)
Количество положительных функциональных проб	5	3

Статистический анализ данных свидетельствует об отсутствии различий между группами по глубине локации СМА (критерий Манна-Уитни, $p = 0,17$) и наличии различий по скорости кровотока по СМА (критерий Манна-Уитни, $p = 0,012$). Скорость кровотока по СМА меньше в группе пациентов, перенесших в анамнезе эпизод очагового неврологического дефицита, по сравнению с группой хронического течения СМН. В обеих группах отмечены случаи регистрации положительных функциональных проб.

Выводы

1. ТКД может использоваться как дополнительный метод исследования при определении показаний к хирургическому лечению.
2. Снижение скорости кровотока по СМА на фоне снижения пульсового индекса и при положительной функциональной пробе со сгибанием можно рассматривать как дополнительный критерий гемодинамической значимости при решении вопроса о показаниях к хирургическому лечению пациентов с хроническим течением СМН.
3. Отсутствие у ряда пациентов «темпорального окна» ухудшает возможности применения данного метода для диагностики нарушений церебрального кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Когда нужно оперировать патологическую деформацию внутренней сонной артерии? / А. В. Покровский [и

др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 116–122.

2. Бокерия, Л. А. Хирургия патологической извитости брахиоцефальных артерий / Л. А. Бокерия. — Пермь: Курсив, 2006. — С. 141.

3. Мультимодальный нейромониторинг в ранней диагностике ишемии головного мозга при реконструкции сонных артерий / А. В. Шмигельский [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2008. — № 2. — С. 16–22.

УДК 616.133:616.831-005

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРИЧИНА ОЧАГОВОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА

Каплан М. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Н. Бонцевич

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Проявления сосудистой мозговой недостаточности (СМН), обусловленные патологической извитостью сонных артерий, достигают 16 % от всех проявлений экстракраниальной сосудистой патологии [1]. Течение СМН при патологической извитости сонных артерий может иметь как острый, так и хронический характер [2]. В то же время роль данной патологии в развитии очагового неврологического дефицита остается спорным вопросом и полностью не изучена [3].

Цель

Оценить роль патологической извитости сонных артерий в развитии очагового неврологического дефицита, возможность применения инструментальных методов исследования в диагностике описанных состояний.

Материалы и методы исследования

В рамках предоперационного обследования пациентов с гемодинамически значимой патологической извитостью внутренних сонных артерий, по данным ультразвукового исследования, выполнялась компьютерная томография с контрастированием сосудов системы брахиоцефальных артерий и головного мозга (76 пациентов) или магнитно-резонансная томография (9 пациентов). Дополнительно МРТ головного мозга выполнено 15 пациентам с подозрением на перенесенный эпизод очагового неврологического дефицита или на наличие скрытой ишемии головного мозга в анамнезе. При использовании визуализационных методов исследования выполнялся анализ структур головного мозга на предмет перенесенных эпизодов ишемии.

Результаты исследования

По нашему мнению, выполнение хирургических вмешательств на артериях данной анатомической области должно осуществляться в целях профилактики транзиторных ишемических атак (ТИА) и (или) острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Пациенты были разделены на когорты: первая когорта — пациенты, прооперированные по поводу патологической извитости сонных артерий; вторая когорта — пациенты, у которых не было установлено показаний к хирургическому лечению (динамическое наблюдение и консервативное лечение). Число ТИА и ОНМК на стороне патологической извитости, выявленных в результате анализа анамнестических данных, указано в таблице 1.

Таблица 1 — Наличие очагового неврологического дефицита в анамнезе

Острый дефицит кровообращения в каротидном бассейне	Проспективное исследование	
	первая когорта (n = 50)	вторая когорта (n = 35)
ТИА	23 (46 %)	2 (5,7 %)
Повторяющиеся ТИА	8 (16 %)	0 (0)